

問診票

かわごえ眼科

ふりがな
お名前 _____ 様 性別 男 女
生年月日(大正・昭和・平成) 年 月 日 年齢 _____ 歳

1. 症状があるのはどちらの眼ですか？

右眼 左眼 両眼

2. 症状がでたのはいつからですか？ _____ から

3. 症状に印を付けて下さい。

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腫れた | <input type="checkbox"/> できもの | <input type="checkbox"/> めやに |
| <input type="checkbox"/> 充血 | <input type="checkbox"/> 赤い | <input type="checkbox"/> 涙が出る |
| <input type="checkbox"/> ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> ゴミが入った | <input type="checkbox"/> かゆい |
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> かすむ |
| <input type="checkbox"/> まぶしい | <input type="checkbox"/> ぶつけた | <input type="checkbox"/> 何か見えたり飛ぶ |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

4. 症状が出てから悪化していますか？

悪化 変化なし 軽快 わからない

5. アレルギー症状がでる、あるいは使用禁止の薬はありますか？

ある 薬品名 _____ ない

6. コンタクトレンズを普段付けていますか？

はい 種類 _____ いいえ

〒 _____

住所 _____

自宅電話番号 () _____

携帯電話番号 () _____

7. 眼科にかかったことはありますか？ 有 無

- ・ いつ _____ どんな病気で _____ かかった
- ・ いつから _____ どんな病気で _____ かかっている

8. 今までに眼の手術やレーザー治療を受けたことはありますか？

有 術名 _____ 無

9. 持病があれば、印を付けて下さい。

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 肺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 花粉症 |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

10. 女性の方にお聞きします。

- ・ 妊娠していますか？ いいえ はい 可能性あり
- ・ 授乳中ですか？ いいえ はい

11. アレルギー検査を希望しますか？

※ 当院では20分わかるアレルギー検査を実施しています。

※ 小さいお子様でも可能です。

希望します 相談したい 希望しません

12. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ネットで 友人・知人から聞いて 家族・親族が受診・通院
 仕事・健診・通院先・学校の紹介 バスの車内放送を聞いて
 通りがかって その他 _____

ありがとうございました。